

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 93

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
HÉMORRAGIES INTRAPÉRITONÉALES
D'ORIGINE GÉNITALE
EN DEHORS DE LA GROSSESSE ECTOPIQUE
(Rupture de kystes du corps jaune)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 10 juin 1925

PAR

Jean-Baptiste-Allain-Auguste CAMUS

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DU HAVRE

Né à PLOUGNEAU (Finistère), le 14 novembre 1896.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	<i>Président.</i>
		CHAVANNAZ, professeur	{ <i>Juges</i>
		DUVERGEY, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 93

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
HÉMORRAGIES INTRAPÉRITONÉALES
D'ORIGINE GÉNITALE
EN DEHORS DE LA GROSSESSE ECTOPIQUE
(Rupture de kystes du corps jaune)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 10 juin 1925

PAR

Jean-Baptiste-Allain-Auguste CAMUS

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DU HAVRE

Né à PLOUGNEAU (Finistère), le 14 novembre 1896.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOIN, professeur.....	<i>Président.</i>
		CHAVANNAZ, professeur....	<i>Juges</i>
		DUVERGEY, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITHÈS, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

MM.	MM.		
Clinique médicale.	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAËT.	Médecine expérimentale.	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.	LAGRANGE.
id.	BÉGOÛN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements.	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie.	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH.
Hygiène.	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	N.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	BARTHE.
Botanique et matière médicale.	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.	SELIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.		
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	JEANNENEY
id.....	N.	id.....	N.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	N.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophthalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIAS
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique	GOLSE.
Ophtalmologie	GABANNES.	Chimie minérale	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie..... CHARRIER.
Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie..... LOUBAT.
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

A MES SOEURS ET A MON BEAU-FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS



A MONSIEUR LE DOCTEUR DELAGENIÈRE

Que le grand chirurgien du Mans, qui a bien voulu me fournir le sujet de cette thèse et m'aider de ses conseils, trouve ici l'expression de ma gratitude.

A MESSIEURS LES DOCTEURS LÉOPOLD ET JULIEN LE NOUÈNE

Chirurgiens des Hôpitaux du Havre.

J'ai eu l'honneur d'être votre interne pendant deux ans à l'Hôpital Pasteur. C'est sous votre direction bienveillante et éclairée que je me suis initié à la chirurgie et que j'ai parachevé mes études médicales. Comment, dès lors, pourrais je ne pas vous dire toute ma reconnaissance et vous assurer de mon attachement.

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BÉGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
HÉMORRAGIES INTRAPÉRITONÉALES
D'ORIGINE GÉNITALE
EN DEHORS DE LA GROSSESSE ECTOPIQUE
(Rupture des kystes du corps jaune).

CHAPITRE PREMIER
INTRODUCTION — HISTORIQUE

Vue d'ensemble sur les hémorragies intrapéritonéales. — La question des kystes du corps jaune. — Son intérêt.

L'histoire des hémorragies intrapéritonéales d'origine génitale est passée par plusieurs périodes à mesure qu'on a connu d'une façon plus précise la cause véritable de ces hémorragies.

Au début, toutes sortes d'affections ovariennes, utérines, ou péri-génitales ont été mises en cause pour expliquer la présence de sang dans la cavité péritonéale.

Plus tard, presque tous les auteurs ont admis que les hémorragies intrapéritonéales d'origine génitale provenaient le plus souvent de la rupture d'une grossesse tubaire.

A ces deux périodes vient s'ajouter la période actuelle. Aujourd'hui, tout en reconnaissant que dans l'immense majo-

rité des cas les hémorragies intrapéritonéales sont dues à la grossesse tubaire, on pense que cette opinion est par trop absolue, et qu'il faut attribuer un rôle certain à d'autres affections rares, en particulier aux kystes hémorragiques du corps jaune.

I. — Développement de la première période.

Le rôle de la grossesse tubaire dans les hémorragies intrapéritonéales est demeuré longtemps méconnu. Malgré cela, il existait depuis longtemps dans la littérature de nombreuses observations d'hémorragies intrapéritonéales d'origine génitale.

Cette forme spéciale d'hémorragie a été signalée pour la première fois, semble-t-il, par Luysch, en 1737. Elle a été bien observée et décrite par Bernutz en 1843, puis par Nélaton en 1849.

A partir de ce moment, l'hématocèle a été l'objet d'un nombre considérable de travaux. Signalons seulement la thèse de Vignes en 1850; de Voisin (1858); les mémoires de Gallard (1858-1860); de Ferber (1862); les travaux de Virchow, de Besnier (1877); la thèse d'agrégation de Poncet (1878), de Jousset (1883).

Tous ces travaux s'attachent à donner des hémorragies intrapéritonéales une pathogénie variable suivant qu'ils admettent l'une ou l'autre des deux théories qui existaient à ce moment.

a) Pour certains, le sang était fourni par les organes du petit bassin.

b) Pour d'autres, le sang provenait d'une péritonite chronique hémorragique.

Puech, Trousseau, admettent qu'au moment des règles il se fait dans la trompe une exsudation sanguine physiologique. L'exagération de cette exsudation provoquerait l'épanchement sanguin.

Bernutz pense que, sous l'influence d'une contraction spasmodique du col, le sang menstruel, au lieu de s'écouler au dehors, peut refluer dans la trompe et dans le péritoine.

Pour Gallard, la congestion exagérée de l'ovaire au moment ou en dehors des règles peut aller jusqu'à l'hémorragie. L'ovule, détaché de l'ovaire, tomberait alors dans le péritoine. Dans ce cas, l'hématocèle était considérée, en somme, comme une véritable ponte extra-utérine.

Richet, Devalz, pensent qu'il s'agit de rupture de varicocèle ovarien qui se produirait à la suite d'un effort ou d'un choc.

Nous signalons simplement, sans insister davantage, l'opinion des auteurs pour lesquels l'hématocèle proviendrait d'une pachy-péritonite hémorragique.

D'après eux, les vaisseaux sanguins de néo-formation, occupant l'épaisseur des fausses membranes péritonéales, pouvaient se rompre à la suite d'un effort ou d'un choc, ou parfois même sans cause appréciable.

Il est intéressant cependant de remarquer que, dans cette période hésitante où l'on rattache les hémorragies intrapéritonéales à des causes si variées et parfois fantaisistes, certains auteurs ont entrevu la possibilité d'hémorragies intrapéritonéales d'origine ovarienne.

En effet, pour Nélaton, pour Laugier, l'hématocèle serait due dans certains cas à une hémorragie de l'ovaire. A l'époque menstruelle, le sang, plus abondant qu'à l'ordinaire, pourrait venir s'accumuler dans le cul-de-sac de Douglas.

II. — Seconde période. Importance de la grossesse extra-utérine.

Lawson-Tait, en 1885, commença la publication d'une série d'articles qui montrèrent le rôle prépondérant de la grossesse extra-utérine dans la production des hématocèles.

Certes déjà Gallard avait indiqué qu'il fallait concéder une place importante à cette sorte d'accouchement intrapéritonéal d'ovules fécondés ou non.

De son côté, Aran, en 1853, avait déjà communiqué à la Société de chirurgie une observation montrant « que l'hématocèle peut être le résultat de la rupture d'un kyste tubaire ou ovarique contenant un fœtus ».

Il n'en est pas moins vrai que c'est à Lawson-Tait qu'on doit, dans sa pureté, la théorie qui a rallié tous les suffrages. D'après cette théorie, le plus grand nombre des hémorragies intrapéritonéales d'origine génitale serait dû à la rupture d'une grossesse extra-utérine.

Cette théorie est admise par tous, et il ne viendrait à l'esprit de personne, actuellement, de vouloir la remplacer par une autre.

Elle repose sur les examens pratiqués en cours d'opération, sur la présence du fœtus qu'on retrouve dans le péritoine en certains cas, et dont on pourrait presque toujours retrouver la trace si on le recherchait systématiquement dans les caillots sanguins, ou s'il n'était pas résorbable.

III. — Rôle de la rupture des kystes du corps jaune.

A l'heure actuelle, il ne saurait être question de diminuer en quoi que ce soit l'importance des faits avancés par Lawson-Tait et après lui par d'innombrables auteurs.

Il faut cependant remarquer que, depuis un certain nombre d'années, en France et surtout à l'étranger (Amérique, Allemagne), les observations d'hémorragies intrapéritonéales par rupture de grossesse extra-utérine ont été soumises à une critique anatomo-pathologique de plus en plus sévère.

Grâce à cette critique, on a publié un certain nombre de cas d'hémorragies intrapéritonéales par rupture de kystes du corps jaune de l'ovaire.

Ces faits sont devenus de plus en plus précis par le concours simultané de l'anatomie pathologique d'une part et de l'histophysiologie d'autre part. Il existe en effet, en Amérique et en Allemagne, un très grand nombre de publications sur la structure et l'évolution cellulaire du corps jaune, ainsi que sur la pathologie de cet organe.

En 1916, Novak étudie le cycle des transformations du corps jaune et son rôle dans les troubles de la menstruation (1).

(1) Novak, *The corpus luteum : its life cycle and its role in menstrual disorders*, *Journ. of Am. Med. Assoc.*, octobre 1916.

En 1923, le même auteur étudie l'anatomie pathologique du corps jaune. Après avoir signalé et schématisé les transformations normales de cet organe, il décrit ses différents aspects pathologiques et il donne une assez large place aux kystes de cet organe. Ce travail très important est illustré de magnifiques micro-photographies (2).

Odermatt, en 1923, a rapporté un cas d'hémorragie intrapéritonéale qui s'est présenté sous l'aspect clinique d'une appendicite aiguë et qui provenait de la rupture d'un kyste du corps jaune (3). Signalons aussi le cas de Zachère (4), le travail de Vogt sur la pathogénie des kystes du corps jaune de l'ovaire. Nous limitons là cette énumération en faisant remarquer combien la littérature allemande, vers 1922, 1923 et 1924, est fructueuse en observations de kystes du corps jaune.

Bien qu'en France les publications de cette nature soient infiniment plus rares, l'attention des chirurgiens a été fortement attirée vers cette cause un peu spéciale d'hémorragie intrapéritonéale.

En présence d'une hémorragie intrapéritonéale d'origine génitale, il y a presque toujours des preuves de grossesse tubaire. Il faut les chercher attentivement dans les caillots, dans le sang épanché, dans la trompe. Lorsque, après de minutieuses recherches, on ne trouve rien qui fasse penser à une grossesse extra-utérine, on est bien obligé de rechercher ailleurs la cause de l'hémorragie, et il peut arriver qu'on la trouve au niveau de l'ovaire.

Sans doute, certains chirurgiens, sur un ensemble de plusieurs centaines d'observations pour hématocèles pelviennes, pour grossesses tubaires rompues, n'ont jamais rencontré un seul cas où le diagnostic de grossesse n'ait pu être fait (Dr Delagénière).

Et pourtant, au cours de nombreuses interventions pour an-

(2) Novak et Te Linde, *The pathological Anatomy of the corpus luteum*, Bull. Johns Hopk. Hosp. Balt., 1923, XXXIV, 289-301.

(3) Odermatt, *Beitrage zur kllh. Chir., Tübing.*, 1923, CXXIX, 663-676.

(4) Zachère, *Arch. f. Gynaek. Berl.*, 1923, CXIX, 1828.

nexites, les mêmes chirurgiens ont pu observer parfois une petite quantité de sang dans le pelvis, sang qui provenait de la rupture d'un petit kyste ovarien. Cette rupture pouvait être attribuée au traumatisme provoqué par le nettoyage du col utérin et du vagin.

On fut obligé de reconnaître que dans certains cas ces ruptures se faisaient presque spontanément, à la moindre manipulation de l'ovaire, sous la main de l'opérateur. En soulevant l'ovaire, on faisait éclater le petit kyste, et, après ablation de la pièce, on pouvait se rendre compte aisément qu'il s'agissait de la rupture d'un corps jaune menstruel.

Le docteur Delagénère, qui a eu l'occasion de faire les observations précédentes et qui a bien voulu nous les communiquer, a trouvé chez une malade qu'on lui avait adressée pour appendicite aiguë une inondation péritonéale, une vraie hématocele, causée uniquement par la rupture d'un corps jaune.

On conçoit *a priori* que le corps jaune soit un organe suffisamment vasculaire par lui-même pour produire, dans certains cas, une véritable hémorragie.

La question a été discutée récemment par Schickelé (5). Cet auteur rapporte le travail extrêmement sérieux de Forssner (de Stockholm), qui est un travail de critique minutieuse (6). A la vérité, cet auteur paraît beaucoup trop sévère. Sur le nombre considérable des observations qu'il a compulsées, il n'en retient que cinq, les autres, à son avis, ne présentant pas de garanties suffisantes. Il est vrai, néanmoins, que cet auteur déclare que, dans ces cinq observations, il pouvait s'agir malgré tout d'une grossesse extra-utérine, parce que les antécédents pouvaient suggérer la possibilité d'une grossesse, et aussi parce que des éléments fœtaux ont pu échapper aux recherches microscopiques les mieux faites.

C'est évidemment aller trop loin, et, dans ces conditions, on ne pourrait jamais rejeter le diagnostic de grossesse extra-

(5) Schickelé, *Gynécologie et Obstétrique*, t. IX, 1924, n° 1.

(6) Forssner, *Acta gynaecologica scandinavica*, vol. I.

utérine. Il n'en est pas moins vrai que M. Forssner se plaît à reconnaître que la rupture d'un corps jaune de l'ovaire peut produire une hémorragie abondante.

On se rend compte de l'intérêt que présente l'étude de ce problème.

Tout d'abord se pose une question d'étude clinique et de diagnostic. Il est intéressant, en effet, de se demander si on ne peut pas trouver dans la symptomatologie qui accompagne la rupture de ces kystes quelque point particulier qui permette de les différencier d'avec les autres hémorragies intrapéritonéales d'origine génitale.

En second lieu, les faits que nous étudions posent une question importante d'anatomie pathologique et de physiologie qui nous permet de pénétrer plus intimement dans le fonctionnement de cet organe encore incomplètement connu.

Après avoir ainsi exposé à grands traits l'histoire de la question, et fait ressortir son intérêt, nous rapporterons quelques observations de ruptures de kystes du corps jaune de l'ovaire.

Par la suite, nous verrons, dans des chapitres particuliers, ce que ces observations nous permettent de conclure au point de vue clinique, opératoire, anatomo-pathologique et physiologique.

CHAPITRE II

EXPOSE DES OBSERVATIONS

Nous allons rapporter dans ce chapitre quelques observations cliniques d'hémorragie intrapéritonéale par rupture de kyste du corps jaune.

La plus ancienne de ces observations a été publiée, en 1914, dans la thèse de Léon Walter (Strasbourg). Les deux autres ont été publiées parmi les travaux de la clinique obstétricale et gynécologique de Schickelé. Nous avons pu retrouver également une observation de Santy (de Lyon).

Nous ajoutons à ces observations déjà connues, mais qu'il était intéressant de rapprocher et de comparer, deux observations inédites.

Ces deux cas nouveaux nous ont été communiqués par M. le docteur Delagénère (du Mans). Qu'il veuille bien recueillir ici l'expression de notre reconnaissance.

OBSERVATION I

Léon WALTER (1).

Femme âgée de 31 ans, quatre accouchements normaux, suites de couches sans particularités.

• Epoques toujours régulières, à quatre semaines, quatre à cinq jours, sans douleurs abondantes. Les dernières règles du 7 au 10 octobre, comme d'habitude.

Le 14 octobre, subitement, fortes douleurs dans le ventre, comme

(1) Cité par Schickelé, *Gynécologie et Obstétrique*, 1924, t. IX, n° 1.

des douleurs d'accouchement, qui disparurent rapidement. Les mêmes douleurs se présentèrent le 17 octobre; la malade perd connaissance, se remet, et s'évanouit une seconde fois après quelques heures. Depuis, douleurs continues dans le ventre.

Admission le 21 octobre. Femme en bon état de constitution, extrêmement pâle, tous les signes classiques de l'hémorragie intrapéritonéale.

Laparotomie d'urgence. Grande quantité de sang liquide dans l'abdomen, les deux trompes normales, de même l'utérus et l'ovaire droit; l'ovaire gauche est augmenté de volume; ablation des annexes; guérison.

Trompe gauche normale; l'ovaire mesure sur ses différentes dimensions 5 centimètres, 2 centimètres, 1 cent. 1/2. Cette augmentation de volume est due à deux petits follicules en évolution et à un corps jaune du diamètre de 14 millimètres situé dans le pôle latéral de l'ovaire.

La surface de ce corps jaune est fendue par une déchirure d'une longueur de près de 1 centimètre et d'une largeur de 3 millimètres. Sur la coupe sagittale pratiquée après fixation de la pièce, on remarque que le corps jaune est formé par une belle large membrane sinueuse qui s'amincit rapidement vers la surface libre où se trouve la déchirure.

Dans la cavité, un peu de sang liquide et quelques petits caillots de sang pas adhérents; la cavité est lisse.

L'examen microscopique met en évidence en même temps l'état de vascularisation et d'épanouissement du corps jaune. La thèque interne est bien vascularisée, mais les éléments cellulaires ne sont pas particulièrement nombreux, c'est-à-dire la membrane lutéinique pas épaissie. Les parties qui correspondent à la période d'état du corps jaune portent une membrane conjonctive interne. Dans les autres la période de vascularisation est en développement, et les capillaires sont en voie de formation dans les parties basales de la membrane lutéinique.

Dans la zone orientée vers la cavité, les capillaires ne sont pas encore formés; on y trouve, par-ci par-là, une ébauche de cellules endothéliales et des globules rouges entre les cellules lutéiniques;

mais il n'y a pas de membrane interne, les cellules lutéiniques, à cet endroit, semblent avoir subi une certaine poussée vers la cavité dans laquelle elles font légèrement saillie en forme de petites franges.

Ce n'est que dans cette zone correspondante à l'époque de vascularisation que l'hémorragie a dû se produire, car dans les autres parties, la membrane interne forme cloison vers la cavité.

Cette hémorragie a dû se produire d'une façon lente et continue, car aucune trace de lésion brutale n'indique une extravasation brusque de sang. Elle a pu se produire, du moment que le système capillaire était en voie de formation et qu'une partie de ses unités n'était pas encore abouchée complètement au réseau de vascularisation; il faut se représenter certaines « bouches » capillaires s'ouvrir béantes entre les cellules lutéiniques et ainsi dans la cavité du corps jaune.

Telle est l'observation de Walter.

Comme Schickelé le fait remarquer, cette observation est intéressante parce qu'aucun signe de grossesse n'existe. Non seulement aucun trouble fonctionnel n'a pu faire songer, dans l'histoire de cette malade, à la possibilité d'une grossesse, mais encore l'examen histologique des pièces nous permet d'éloigner d'une façon complète cette hypothèse. Il est rare de trouver des cas qui soient aussi démonstratifs.

Il faut remarquer également que l'hémorragie, dans ce cas, s'est faite peu à peu. Il n'y a pas eu d'accident brutal. Il est probable que le sang a dû s'écouler peu à peu hors de la membrane lutéinique en état de vascularisation, « suintant comme d'une éponge » (Schickelé).

On peut se demander à quelle époque a pu se faire la rupture du follicule. Il semble que cette rupture s'est faite immédiatement après la fin des règles. Toute une partie du corps jaune, à ce moment, était en état de vascularisation. L'endroit de la rupture du follicule n'est pas encore cicatrisé, « et l'hémorragie en nappe qui se produit dans la cavité se répand à travers l'ouverture béante dans l'abdomen ». En somme, il s'est pro-

duit là une hémorragie intrapéritonéale progressive dont le syndrome clinique s'est lentement constitué.

OBSERVATION II

(SCHICKELÉ) (2).

Résumé : Femme âgée de 40 ans. Trois accouchements normaux, le dernier en 1911. Les époques sont régulières et surviennent toutes les trois semaines. Dernières règles : retard de six jours; durée du 26 au 28 octobre.

Le 15 novembre, à 22 heures, la malade a une syncope. Les jours suivants, la malade reste alitée par suite de l'anémie qui se développe d'une façon de plus en plus intense.

La malade est transportée le 18 novembre à la clinique Sainte-Odile, Strasbourg-Neudorf, où elle est opérée d'urgence par M. F. Schaeffer, chirurgien de la clinique.

Après l'opération, on constate que l'ovaire est légèrement augmenté de volume. Cet accroissement tient exclusivement à l'existence d'un corps jaune volumineux qui fait saillie hors de l'ovaire et le coiffe presque comme un champignon. Les parties les plus minces du corps jaune montrent une déchirure en forme de petite pente d'une longueur de 7 à 8 millimètres.

Schickelé, dans son article, montre une figure qui reproduit cette pièce grandeur naturelle, et sur laquelle on peut voir d'une façon extrêmement nette la petite fente par où s'est produite l'hémorragie.

Une coupe intéressant le corps jaune et l'ovaire dans son axe le plus long montre l'existence d'un petit épanchement de sang frais, dans le tissu ovarien, exclusivement dans le voisinage immédiat du corps jaune.

Trois follicules en évolution dans la proximité du petit kyste lutéinique ont souffert de cette hémorragie.

La thèque interne de l'un et surtout la thèque externe sont par

(2) Schickelé, *Le corps jaune peut-il être la source d'une hémorragie intrapéritonéale abondante ? Gynécologie et Obstétrique*, 1924, t. IX, n° 1.

endroit complètement désagrégées et farcies de globules rouges. La granuleuse n'a pas grandement souffert.

Les deux autres follicules ont subi une hémorragie dans leur cavité, intéressant peu la thèque interne et la granuleuse.

Le corps jaune lui-même présente un aspect tout à fait particulier.

Les bords de sa cavité sont mal colorés, trahissant un début de nécrose cellulaire sur une étendue assez grande. On reconnaît cependant que l'axe de beaucoup de cellules est concentrique ou légèrement oblique par rapport à la cavité. Ces cellules rappellent un peu les éléments conjonctifs. Cette pseudo-membrane, à aspect mi-nécrosé, est séparée du tissu ovarien par une bande rappelant à certains endroits, d'une façon nette, le groupement des cellules de la thèque interne avec leurs capillaires.

Cette thèque a souffert par place. Ses capillaires, tout en étant dilatés, ne contiennent que très peu de sang. Il est difficile de retrouver des éléments permettant d'identifier la nature de la cavité. Il existe cependant sur quelques rares coupes une couche de cellules claires, bouffies, trois à quatre fois aussi volumineuses que celles de la thèque, répondant dans son ensemble à la membrane lutéinique du corps jaune. A certains endroits, on rencontre même, entre les grandes cellules claires, d'autres plus petites, à coloration homogène et plus foncée que les précédentes. Il s'agit donc d'une membrane lutéinique dont une partie des cellules, les dernières nommées, sont encore dans la phase de prolifération, tandis que les autres, les grandes cellules claires, touchent à la période d'état. Les capillaires parsemés dans la couche lutéinique correspondent à cette période de développement.

Schickelé interprète cette observation d'une façon très intéressante.

Il pense qu'il s'agit d'un cas relativement rare « où le corps jaune, en tant que membrane lutéinique, a été expulsé dans sa totalité à travers l'ouverture encore béante de la rupture folliculaire ».

On sait, en effet, que la cicatrice qui suit la déhiscence des follicules n'est pas encore réalisée dans certains cas au bout

de trois ou quatre jours. Pendant ce temps, la granuleuse a subi sa métamorphose lutéinique d'une façon plus ou moins complète.

L'expulsion du corps jaune dans l'observation précédente a déterminé un effondrement de la base des assises de la membrane lutéinique. Il en résulte que la thèque interne a été ainsi dépouillée, et que les capillaires en nombre considérable qui irriguent se sont ouverts dans la cavité. L'inondation péritonéale a pu se faire ensuite par la déhiscence folliculaire restée ouverte.

Le fait curieux est celui de l'expulsion du corps jaune. Schickelé prétend qu'il a pu lui-même se rendre compte de ce phénomène. « Il nous est arrivé à plusieurs reprises, dit-il, au cours d'opérations, de luxer le corps jaune encore hors de l'ovaire, par des manipulations d'ailleurs pas très violentes. Nous avons même, l'une ou l'autre fois, rencontré le corps jaune hors de l'ovaire, déposé sur le péritoine avoisinant, *sans qu'une manipulation quelconque ait précédé*. L'expulsion s'était faite d'une façon spontanée, peu de temps avant l'opération. On voyait alors, après l'ouverture du ventre, avant d'avoir touché à l'ovaire, s'échapper un suintement de sang à travers la plaie encore béante de la déchirure folliculaire. »

Dans l'observation précédente, on ne saurait invoquer aucun traumatisme, même léger, pour expliquer l'expulsion du corps jaune. Il est bien probable que cette expulsion a été favorisée par une dégénérescence au niveau de la jonction de la thèque interne avec la membrane granuleuse en évolution lutéinique. Schickelé compare ce mécanisme à celui du décollement normal du placenta.

« Ce mécanisme, dit-il, peut être mis en parallèle avec le décollement normal du placenta dans la période de délivrance, avec une différence cependant, qu'en ce dernier cas les vaisseaux utéro-placentaires, déchirés par le décollement du placenta, ne donnent pas, lorsque la contraction forte et continue du muscle utérin suit immédiatement le détachement du placenta. Cette contraction, jugulant les capillaires déchirés,

la paroi du corps jaune, en l'espèce la thèque interne, ne peut pas la produire, étant donné qu'elle ne possède pas d'éléments contractiles. Il s'ensuivra forcément une hémorragie en nappe. »

Le même auteur fait remarquer que les antécédents de la malade pouvaient laisser subsister un certain doute sur la possibilité d'une grossesse. Cependant, les pièces anatomiques, soigneusement examinées, permettent d'exclure d'une façon complète la possibilité de ce diagnostic.

OBSERVATION III

Résumé : Femme de 45 ans, atteinte de splénomégalie avec polyglobulie.

La malade a fait trois accouchements normaux avec enfants vivants. Cette malade est admise dans le service du professeur Schicklé parce que, depuis 1918, dans l'intervalle de ses règles, elle est sujette à des hémorragies utérines abondantes qui durent huit jours.

Date des dernières règles : du 20 au 28 décembre; abondance habituelle.

Depuis le 6 janvier 1919, les pertes inter-menstruelles se sont produites peu fortes, mais sans cesser.

Au moment de son admission, la malade présente une hémorragie utérine. On remarque, en outre, que cette malade présente une très forte coloration rouge foncé de la peau, généralisée, avec acrocyanose spécialement développée. Les muqueuses de la bouche et du vagin sont d'un rouge incarnat, comme dans les cas de scorbut. La rate, très volumineuse, occupe toute la moitié gauche de l'abdomen.

Numération globulaire :

Globules rouges : 10,5 millions.

Globules blancs : 24.000

Le 16 janvier, apparition des règles à la date attendue. L'hémorragie est un peu plus forte que les derniers jours. Le soir, la malade se plaint de douleurs dans le ventre et de nausées. Le ventre est un peu ballonné, et l'examen évoque vaguement la possibilité d'un épanchement.

Le 17 au matin, l'état général est bon. Vers le soir, la rougeur foncée des muqueuses et de la peau a diminué; néanmoins, la peau et les lèvres restent encore bien rouges.

L'examen pratiqué à ce moment-là permet de penser à l'existence certaine d'un épanchement dans l'abdomen. Le pouls est petit et accéléré.

Opération d'urgence.

Diagnostic : Inondation péritonéale de cause inconnue; toutefois, on évoque la possibilité d'une grossesse extra-utérine rompue.

En examinant l'ovaire et les annexes, on découvre un fait capital. Sur la surface de l'ovaire gauche, un corps jaune fait saillie, qui porte une petite déchirure par laquelle il y a un suintement continu de sang.

Ablation de l'ovaire et de la trompe gauches.

La quantité de sang épanché dans l'abdomen est très considérable, bien plus que lors d'une grossesse extra-utérine rompue.

Le lendemain, la femme s'est bien remise; l'état général est assez bon.

Numération globulaire :

Globules rouges : 3,2 millions.

Globules blancs : 120.000

Le surlendemain de l'opération, affaiblissement rapide et mort.

L'autopsie révèle le volume excessif de la rate, pesant 2.400 grammes, et des altérations répondant à la maladie originaire, sans qu'on puisse préciser les causes directes de la mort.

Examen du corps jaune. — Cet organe est plus volumineux que normalement; coloration bleue-rouge foncé dans ses deux tiers supérieurs. Dans cette zone cyanosée se trouve une déchirure de 4×4 millimètres, dont les bords sont nets, à l'exception de l'endroit où la partie déchirée de la surface est restée attachée comme un petit couvercle ou un petit clapet. C'est l'endroit de la déhiscence folliculaire.

Une coupe sagittale montre qu'il s'agit d'un corps jaune avec cavité un peu plus grande que d'habitude, mais vide, et une membrane lutéinique en période d'état normale. Cette membrane ne s'amincit cependant que très peu vers la surface libre du corps jaune. A l'endroit le plus mince, dans les parages de la déchirure, la

membrane lutéinique mesure encore 1 millimètre. La surface de la cavité lutéinique est lisse. Les vaisseaux de la thèque interne et de la membrane lutéinique sont fortement dilatés et remplis de sang.

La membrane interne correspond entièrement à celle d'un kyste du corps jaune. Elle est assez homogène, parsemée de cellules fusiformes et terminée par une couche simple, parfois double, de cellules du même genre, d'aspect endothélial. Par endroits, elle est farcie de globules rouges. Du côté du tissu ovarien, la membrane interne est entourée par une large bande lutéinique correspondant au corps jaune dans sa période d'état, avec vascularisation parfaite. Les vaisseaux de la membrane lutéinique, de la thèque interne et de la thèque externe sont très fortement dilatés, de façon à donner par endroits au tissu un aspect criblé. Cet état est particulièrement développé sur la surface du kyste au niveau de laquelle la rupture s'est produite. Dans ces parages, on trouve certains capillaires gorgés de sang qui s'ouvrent directement dans la cavité. D'autres s'ouvrent aussi dans la cavité péritonéale, au niveau de minces dépôts fibreux de la surface.

En résumé, il s'agit dans ce cas d'un corps jaune légèrement kystique et rompu.

Il faut remarquer que dans cette observation, l'hémorragie qui a suivi la rupture a été énorme.

Quel peut être le mécanisme de cette rupture ?

On peut admettre que le follicule, arrivé à maturité, a fait sa déhiscence comme d'habitude. Mais, pendant l'évolution lutéinique de la membrane, il s'est probablement développé une membrane interne particulièrement épaisse et dure, analogue à celle que l'on trouve habituellement dans les corps jaunes kystiques. Après la soudure de la déhiscence, le liquide de la cavité s'est trouvé sous une certaine tension, et le kyste s'est rompu à l'endroit le plus mince et le plus faible, c'est-à-dire au niveau de la cicatrice folliculaire récente.

Schickelé admet d'autant mieux ce mécanisme qu'il lui semble que la forme de la déchirure à bords nets, comme à l'emporte-pièce, traduit bien l'effort violent qui a déterminé la rupture.

Dans ce cas, il faut aussi remarquer qu'il n'y a aucun symptôme de grossesse dans les antécédents. Les coupes de l'ovaire et de l'utérus permettent d'éloigner cette hypothèse.

OBSERVATION IV

SANTY (3).

M^{lle} R..., 17 ans, bonne santé habituelle, d'aspect robuste.

A présenté, il y a trois ans, à la suite d'une avulsion dentaire, une hémorragie assez forte. A eu, à diverses reprises, des épistaxis rebelles. Il y a deux ans, première crise abdominale, peu intense, pour laquelle on a pensé à une crise appendiculaire.

5 avril 1923 : Crise abdominale très violente obligeant à l'alitement immédiat, avec tendance à la syncope; apparition assez rapide d'un météorisme généralisé à tout l'abdomen; pas de vomissements, pas de température supérieure à 38 degrés.

Les dernières règles remontent au 15 mars.

7 avril : Je vois la malade pour la première fois, fillette très brune, paraissant vigoureuse, mais qui, lors du premier examen, a un facies angoissé, très pâle, avec des muqueuses peu colorées. La température est à 37°5. Le pouls est à 120. L'abdomen, uniformément météorisé, est peu douloureux, il ne l'est pas électivement à droite.

En présence de l'état général particulièrement grave, et devant la discordance de certains symptômes, on porte le diagnostic de gangrène appendiculaire, avec phénomènes de diffusion péritonéale, et on décide d'intervenir immédiatement.

Les antécédents hémorragiques déjà signalés ne parurent pas alors avoir d'autre importance que celle de commander une prudence d'hémostase particulière au cours de l'intervention décidée.

Quelques heures plus tard, j'intervins par un Mac Burney. A ma grande surprise, l'ouverture du péritoine donna issue à une grande quantité de sang noir, en tout comparable à ce qu'on a l'habitude de voir lorsqu'on intervient pour une inondation péritonéale par grossesse tubaire rompue.

(3) Santy, Société de chirurgie de Lyon, séance du 13 novembre 1923.

Une décharge de l'incision primitive vers le bas me permit alors de faire une exploration plus large; environ un litre et demi de sang, en partie coagulé, en partie liquide, dut être tout d'abord évacué.

L'exploration appendiculaire fut, bien entendu, négative; il en fut de même de celle des annexes droites et de l'utérus.

Par contre, l'ovaire gauche présentait un énorme corps jaune, du volume d'une grosse noisette, rompu au niveau de son pôle libre et saignant encore abondamment au moment de l'examen.

L'ablation des annexes gauches fut pratiquée avec autant de précautions que possible, et l'abdomen entièrement refermé après une hémostase rigoureuse.

Les suites furent loin d'être simples. Quelques heures après l'intervention survint une aggravation manifeste de l'état général, avec pâleur de plus en plus manifeste, pouls à 130, angoisse et coloration nettement hémorragique des vomissements post-anesthésiques. J'avais nettement l'impression, vers les dix heures du soir, que l'hémorragie intrapéritonéale persistait.

A 18 h. 30, je demandais à la mère de la petite malade de vouloir bien servir de donneur, et je pratiquais une transfusion de 200 cc. de sang à la seringue, en utilisant une quantité insignifiante de solution de citrate de soude. Presque immédiatement, l'état général s'est remonté.

17 avril : Alors que tout semblait terminé, survient une épistaxis considérable qui se renouvelle les jours suivants, si bien que le 23, malgré plusieurs tamponnements postérieurs, l'état général est très précaire.

Le 23, à 17 heures, on fait une nouvelle transfusion avec le sang de la mère, 200 grammes; on redoutait un peu la possibilité d'accidents dus au délai de quinze jours écoulé depuis la première transfusion, mais rien d'anormal ne survint, et, comme la première fois, l'état général se remonta très vite et l'action hémostatique de la transfusion fut immédiat.

1^{er} mai : Alors que la convalescence semblait suivre son cours normal, survient une nouvelle épistaxis assez impressionnante qui nécessite encore un tamponnement, mais cesse spontanément avec

une médication locale prescrite par le docteur Aloin et une médication hémostatique interne qui n'avait pas réussi la première fois.

15 juin : La malade est revue en bon état; son sang prélevé par piqûre coagule en neuf minutes.

Le 8 octobre, après trois mois de séjour à la campagne, l'état général est tout à fait normal; les règles sont réapparues sans incidents, on ne signale aucune tendance hémorragique nouvelle.

Dans cette observation de Santy, nous laisserons volontairement de côté tout ce qui se rapporte à l'hémophilie.

Retenons simplement ce qui touche à l'hémorragie intrapéritonéale et à sa cause. « Il est hors de doute, dit Santy, que chez notre jeune malade il s'est agi d'une hémorragie spontanée au niveau d'un corps jaune menstruel. Tout, en effet, permet, dans notre observation, de repousser l'idée d'une gravidité possible (ectopique), y compris l'examen génital externe qui fut fait après coup pour plus de rigueur. Mais l'examen opératoire des deux trompes fut lui-même entièrement négatif; seul l'ovaire gauche était en cause, et la constatation du suintement hémorragique au niveau de la rupture du corps jaune, lui-même occupé par un caillot, est assez concluante. »

Il faut remarquer, en outre, que l'état sanguin de cette malade est une des raisons qui a facilité chez elle l'impotence considérable de l'hémorragie intrapéritonéale.

Au point de vue clinique, il était d'ailleurs difficile de faire le diagnostic précis, malgré l'importance de l'épisode péritonéal. Le début syncopal, l'apyrexie et la pâleur, l'état du pouls pouvaient bien, en effet, faire penser à une hémorragie interne. Mais l'impossibilité d'une étiologie gravidique forçait le clinicien à éliminer toute cause génitale. C'est pourquoi on avait porté primitivement le diagnostic de gangrène appendiculaire avec phénomènes de diffusion péritonéale.

Cette observation est un cas typique dans lequel on voit se poser dans sa pureté le problème du diagnostic clinique. Heu-

reusement, quelle que soit la solution qu'on lui donne, la conséquence est toujours l'intervention immédiate.

OBSERVATION V (inédite).

Femme de 43 ans, couturière, demeurant à Bellème, adressée au docteur Delagénère par le docteur Boutron, le 26 mars 1924.

Cette malade a été prise, le 25 mars, d'une douleur aiguë dans le côté droit de l'abdomen. Le docteur Boutron, immédiatement appelé, porte le diagnostic de crise d'appendicite et prescrit de la glace sur le ventre. Aucune amélioration; la malade est agitée, souffre de plus en plus, passe une mauvaise nuit, et, le lendemain matin, le docteur Boutron constate des signes de péritonite pelvienne en voie de généralisation. Il fait transporter d'urgence sa malade à la clinique.



FIG. 1.

A son entrée, la malade présente le facies péritonéal. Le visage est anxieux, les yeux encavés, les lèvres légèrement décolorées. Le pouls est petit et bat entre 110 et 120 pulsations à la minute. La température rectale est de 37°5.

Le point de Mac Burney est douloureux, mais le maximum de la douleur se trouve situé plus bas, à trois travers de doigt vers la fosse iliaque.

Il n'y a pas de ballonnement de l'abdomen, mais une défense musculaire assez accentuée au niveau de tout le petit bassin.

Il n'y a pas eu d'émission de gaz depuis le début de la crise.

Le cathétérisme pratiqué pour évacuer la vessie ramène une urine légèrement foncée, sans albumine.

Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement précis. Le maximum de la douleur est à droite et paraît bien répondre à la région appendiculaire. Le moindre mouvement imprimé à l'utérus provoque des douleurs vives avec tendance à la syncope.

Le toucher rectal n'apporte aucun renseignement complémentaire.

Le docteur Delagènière porte, dans ces conditions, le diagnostic d'appendicite aiguë perforante, mais attire l'attention de ses aides sur la pâleur du visage de la malade, son agitation et la diffusion de la douleur dans la région pelvienne. L'opération est décidée immédiatement.

Opération le 26 mars 1924. — Anesthésie avec un mélange de chloroforme et d'éther. Assistants, les docteurs Papin et Beauchef.

Petite incision transversale de 4 centimètres, partant à 1 centimètre de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Dissociation des muscles. Ouverture du péritoine. On s'aperçoit de suite que la cavité péritonéale est remplie de sang.

La première incision qui servira pour pratiquer le drainage péritonéal est abandonnée, et on fait de suite une laparotomie sus-pubienne.

On retire du fond du bassin trois volumineux caillots et environ 200 grammes de sang liquide.

L'ovaire droit est éclaté. Dans la cavité du kyste rompu, on trouve un caillot. Sur un point du bord de l'éclatement, on voit encore du sang.

Les annexes droites sont enlevées, le Douglas nettoyé et les annexes gauches examinées avec soin. Elles paraissent parfaitement saines.

On examine alors le cæcum dont le fond atteignait le foyer sanguin. L'appendice est volumineux, imprégné de sang et paraît malade. Il est réséqué et son moignon enfoui.

On place enfin un drain dans la cavité de Douglas, et on le fait ressortir par la petite plaie latérale près de l'épine iliaque. Fermeture des deux plaies.

Suites opératoires normales. Rien à signaler pendant la convalescence de la malade, qui est complètement rétablie le quinzième jour.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DES PIÈCES : *Ovaire*. — La pièce enlevée est constituée par l'ovaire et la trompe du côté droit (Fig. 1).

La trompe, dont les parois paraissent normales, se termine par un pavillon frangé et ouvert normalement. Un stylet pénètre par le pavillon de la trompe et vient émerger facilement à son extrémité utérine.

L'ovaire est relié à la trompe par son ligament tubo-ovarien. La moitié inférieure de cet organe semble scléro-kystique. La moitié supérieure présente un éclatement qui ouvre sur une cavité dans laquelle on peut introduire le bout de l'index. Les bords de cette cavité sont rabattus et déchiquetés. L'intérieur de ce kyste paraît tapissé par une membrane lisse et donne l'impression d'un corps jaune volumineux qui se serait rompu.

Les caillots sanguins paraissent être constitués uniquement par du sang.

L'appendice, volumineux, est dilaté et contient dans sa lumière un petit corps étranger.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (D^r Beauchef) :

I. *Caillots sanguins*. — Les coupes pratiquées sur les caillots ne montrent ni cellules embryonnaires, ni cellules déciduales.

II. *Ovaire*. — L'ovaire, dans son ensemble, est sclérosé, bourré de cicatrices, avec un kyste à contenu clair.

Il existe un volumineux corps jaune dont la surface, regardant vers le pavillon de la trompe, est fendue sur une longueur de 16 millimètres et une largeur de 5 millimètres, avec caillots adhérents aux lèvres de la déchirure et remplissant la cavité.

La cavité kystique apparaît formée aux dépens de la couche très épaissie des cellules à lutéine colorées d'une façon intense. Cette couche est très vascularisée et on y remarque de larges capillaires sinusoïdes remplis de sang non laqué. Nous sommes ici à la période de développement et de vascularisation du corps jaune.

Les caillots sanguins qui se trouvent dans la cavité et sur les lèvres de la déchirure renferment des amas de cellules à lutéine détachées de la thèque interne.

Le revêtement de l'ovaire est formé de cellules cylindriques. Aucune réaction déciduale à ce niveau.

III *Trompe*. — La paroi de cet organe est sclérosée et épaissie. Les franges sont ramifiées. Pas de lésions inflammatoires. Aucun signe de multiplication cellulaire.

IV. *Appendice*. — L'appendice imperméable est très élargi sur toute sa longueur. Sur toute sa longueur également, la cavité est remplie de sang.

Il existe des cicatrices scléro-graisseuses au niveau de la couche musculaire et sous le chorion.

Les glandes sont atrophiées; la couche lymphoïde très aplatie; toute la face interne est revêtue d'une mince lame continue de cellules cylindriques aplaties.

Au centre, petits noyaux de matières fécales entourés de sang laqué, sans travail d'organisation.

En résumé, appendice présentant des traces de poussées inflammatoires antérieures, sans poussée actuelle, et sans que la vascularisation explique la présence de sang dans la cavité, tout au moins dans les portions où ont porté les coups.

Cette observation est intéressante par le fait que rien dans les antécédents ni dans l'aspect clinique ne permettait de penser à la rupture d'une grossesse ectopique. Sans doute, on a porté le diagnostic d'appendicite aiguë perforante, mais on a pu remarquer quelques anomalies dans la symptomatologie, en particulier l'intensité de la pâleur du visage, l'agitation spéciale de la malade, et l'importance de la réaction pelvienne.

Au point de vue anatomo-pathologique, il ne saurait exister aucun doute sur la cause de l'hémorragie intrapéritonéale.

La rupture du corps jaune kystique est ici de toute évidence. Il faut remarquer enfin que cette rupture s'est produite à la période de développement et de vascularisation, c'est-à-dire, en quelque sorte, au moment où se fait la transition entre le follicule de Graaf et le corps jaune proprement dit.

OBSERVATION VI (inédite).

Femme de 28 ans. Sans profession. Adressée par le docteur Magnan (du Mans) pour une appendicite chronique avec stase cœcale et crises douloureuses pelviennes paraissant provenir des annexes gauches.

L'interrogatoire montre que les règles sont normales, mais habituellement douloureuses. Cette malade paraît avoir fait plusieurs crises douloureuses pelviennes, prises tantôt pour des crises d'appendicite, tantôt pour des crises du côté des annexes, sans pelvi-péritonite et sans qu'on ait jamais constaté d'exsudat pelvien.



FIG. 2

L'état général, bon au début, s'altère bientôt. La malade maigrit, pâlit. Elle fait, avec une fréquence de plus en plus grande, des accidents gastro-intestinaux en relation avec la stase stercorale. La fosse iliaque devient sensible à certaines périodes.

On finit par porter le diagnostic d'appendicite chronique avec stase cœcale.

L'examen génital montre que les annexes sont sensibles au toucher, surtout à gauche, mais l'utérus a conservé toute sa mobilité.

Rien au cœur ni aux poumons. Urine normale.

Opération le 11 avril 1924. — Anesthésie au mélange chloroforme et éther. Assistants, les docteurs Magnan et Papin.

Laparotomie sous-ombilicale; position déclive.

A l'examen des organes du petit bassin, on ne trouve rien aux annexes droites. Par contre, l'ovaire gauche présente à l'une de ses extrémités un kyste d'aspect rougeâtre et de volume du pouce. (Fig. 2),

Il s'agit vraisemblablement d'un corps jaune très volumineux et sur le point de se rompre. Il a l'aspect d'un kyste sanguin qui serait implanté sur une portion scléreuse de l'ovaire, dont l'autre pôle est oedémateux.

L'appendice est en position rétro-cæcale. Il est enfoui dans des adhérences et situé entre les feuillets du méso-cæcum. Le cæcum paraît presque sessile. L'appendice, une fois libéré, paraît être volumineux et oedémateux.

L'ovaire gauche est réséqué. On laisse la trompe qui est saine.

On enlève l'appendicé en enfouissant le moignon.

Drainage latéral droit, puis fermeture de l'abdomen.

Guérison sans incidents.

EXAMEN HISTOLOGIQUE DES PIÈCES (D^r Beauchef) :

I. *Appendice*. — Les coupes montrent des signes d'appendicite aiguë avec pus dans la lumière de l'organe. Pas de lymphangite du méso ni de la couche sous-séreuse.

II. *Ovaire*. — L'ovaire est kystique, mamelonné. Il présente à l'une de ses extrémités un énorme corps jaune de 20 millimètres sur 25 millimètres, de teinte rouge noir.

Les coupes montrent un ovaire scléro-kystique, avec kystes folliculaires. Au niveau du corps jaune, la thèque interne est bien formée, riche en cellules à lutéine circonscrivant et pénétrant un caillot de nouvelle formation. Les cellules à lutéine centrales au niveau du caillot sont devenues claires. La thèque interne est séparée de la thèque externe par une zone riche en gros vaisseaux.

Le cas que nous venons de rapporter présente un intérêt tout spécial. Dans les premières observations, nous avons assisté aux accidents cliniques que peut déterminer un kyste du corps jaune qui s'est rompu.

Dans le cas actuel, grâce à l'existence d'une appendicite qui a commandé l'intervention, nous trouvons par hasard un corps jaune de l'ovaire en voie d'évolution kystique. Dans l'intérieur du kyste, nous trouvons un caillot sanguin de néoformation.

Nous assistons à la constitution progressive du kyste du corps jaune qui, plus tard, aurait pu se rompre et déterminer des accidents graves d'hémorragie intrapéritonéale.

OBSERVATION VII

STRAUSS (4).

Résumé : Femme de 30 ans. Mariée. La malade entre, le 14 novembre 1922, à Mount Sinai Hospital, pour douleurs abdominales.

Antécédents : Trois enfants, pas de fausses couches; règles habituellement normales.

Onze jours après les règles de novembre 1922, la malade ressent une douleur brutale dans la région du petit bassin, à gauche. Tendance syncopale; nausées.

Dans les instants qui suivent, la douleur augmente et se généralise à tout l'abdomen. Au moment où on l'examine, la malade se plaint avant tout de douleurs abdominales et lombaires. Dyspnée. Pâleur.

L'abdomen est dur et tendu partout. Mais on ne sent aucun gâteau, aucune masse, à la palpation.

Opération. — On aperçoit dans la cavité abdominale, à travers le péritoine, une masse sombre.

Incision du péritoine : Ecoulement d'un litre de sang environ. Pour faciliter l'examen, la malade est mise dans la position de Trendelenbourg.

L'hémorragie semble nettement provenir d'un point situé sur l'ovaire gauche. Ablation de l'ovaire et de la trompe gauches. Suture. Suites normales.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DES PIÈCES :

La trompe est normale. L'ovaire est de consistance normale. Aucune trace d'adhérence; aucun signe d'inflammation.

On sectionne l'ovaire au point qui saignait et l'on constate que l'on vient de fendre un corps jaune. Ce corps jaune est régulier dans ses limites, sauf au point de la rupture où s'est produite l'hémorragie.

(4) Strauss, *Hemoperitoneum from ruptured corpus luteum*, Journ. of Americ. Med. Association, 1923, p. 1287.

Par ailleurs, l'organe paraît complètement normal.

EXAMEN MICROSCOPIQUE DES PIÈCES :

On se trouve en présence d'un corps jaune jeune, avec hémorragie dans la cavité limitée par les cellules lutéiniques. Au milieu des cellules lutéiniques et en dehors, dans le stroma environnant, on trouve un processus hémorragique considérable. Signes de congestion vasculaire.

Dans le cas précédent, on n'a pas porté le diagnostic exact avant l'opération. L'auteur avait tout d'abord pensé à la rupture d'une grossesse tubaire. Cette hypothèse, il est vrai, aurait dû être rejetée à cause de la persistance de la menstruation. Cependant, cet argument n'était pas absolument irréfutable.

Comme dans l'observation précédente, nous nous trouvons en présence d'un corps jaune de nouvelle formation. Mais ici, nous avons franchi un degré de plus. La cavité kystique que nous avons vu tout à l'heure se former vient de se rompre.

Il est intéressant de noter encore que l'hémorragie a fait son apparition le treizième jour après la menstruation, au moment de l'hyperhémie du corps jaune.

Nous venons de rapporter un certain nombre d'observations dont deux inédites et une étrangère, il nous faut maintenant les comparer et voir les enseignements qu'elles nous donnent.

Dans les chapitres suivants, nous allons essayer de voir comment on peut faire la synthèse clinique des accidents déterminés par la rupture du corps jaune kystique. Nous examinerons aussi comment se pose le problème du diagnostic et quelles sont les erreurs les plus fréquemment commises.

Par la suite, réunissant les indications fournies par les examens anatomo-pathologiques, nous essaierons de comprendre le mécanisme de la formation du kyste et de sa rupture.

Enfin, nous résumerons la conduite que doit tenir le chirurgien en présence de semblables accidents.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

PREMIÈRE PARTIE

Symptomatologie.

De la lecture des diverses observations que nous venons de rapporter, un fait général ressort, c'est qu'il est impossible d'attribuer une symptomatologie absolument précise et spécifique à la rupture d'un corps jaune kystique de l'ovaire.

Cette rupture, par elle-même, ne se traduit par aucun signe. Seuls les accidents qu'elle entraîne, et en particulier l'hémorragie intrapéritonéale, peuvent être observés par le clinicien. On peut dire ainsi que la symptomatologie de la rupture des kystes du corps jaune se réduit à celle de l'hémorragie intrapéritonéale banale. C'est beaucoup au point de vue pratique, puisque, en définitive, on est toujours appelé à intervenir; mais c'est vraiment peu pour la discussion théorique du diagnostic étiologique.

Nous ne voulons pas refaire complètement le tableau clinique de l'hémorragie intrapéritonéale. Il est bon cependant d'en retracer les grandes lignes. Nous verrons ensuite de quelle façon l'hémorragie intrapéritonéale provenant d'un corps jaune rompu peut posséder quelques caractères particuliers qui pourront permettre de soupçonner sa nature.

D'une façon générale, l'hémorragie intrapéritonéale d'origine génitale se présente de trois façons :

1° La forme cataclysmique, brutale, parfois foudroyante;

2° La forme progressive;

3° Une forme discrète, traduisant simplement un léger suintement sanguin.

1° Dans la première forme, on se trouve en présence de *l'inondation* péritonéale véritable. Le sang n'a pas le temps de s'organiser et, le plus souvent, la mort survient dans le collapsus.

Il s'agit, en général, d'une femme jeune, ayant eu ou n'ayant pas eu de grossesse antérieure. Tantôt les règles sont normales, tantôt il y a eu dans les époques qui précèdent l'apparition des accidents, soit une diminution du sang, soit une brièveté des règles, soit encore une ou plusieurs absences.

L'état général de cette femme est excellent. Tout d'un coup, au cours de ses occupations, à l'occasion d'un effort, d'une chute, d'une marche un peu violente, parfois sans cause appréciable, la malade ressent une forte douleur dans l'abdomen.

Cette douleur survient brutalement, comme un coup de poignard. Elle peut être tellement intense que la femme tombe en lipothymie ou en syncope. Très rapidement, les traits s'altèrent, le visage est pâle, le nez pincé. La peau est couverte de sueurs froides.

Au moment où on examine la malade, l'aspect général précédent s'est accentué déjà. Les lèvres sont décolorées. Les yeux expriment de l'angoisse. La malade ne se plaint pas de souffrir. Elle accuse seulement une soif irrésistible que rien ne peut calmer.

Quand on découvre la malade, on aperçoit que la pâleur du visage est répandue à tout le corps. La peau est complètement décolorée, donnant au corps l'aspect d'un marbre, et certains chirurgiens, à ce seul aspect, ont pu faire le diagnostic d'une hémorragie interne importante.

Le pouls est profondément modifié. Il est très rapide, battant à 110, 120 pulsations, parfois davantage. Il est irrégulier. Il est sans force, filant sous le doigt. A certains moments même il est impossible de le percevoir.

La température est abaissée. Souvent on la trouve descendue à 38°3 ou même au-dessous.

Il faut insister sur la réunion de ces trois symptômes : *pâleur généralisée, pouls rapide et petit, hypothermie*. Ils constituent une triade symptomatique du plus haut intérêt, qui impose presque le diagnostic d'une hémorragie interne abondante.

Quand on examine l'abdomen, on peut se trouver en présence, au moins dans les premiers instants, d'un météorisme banal. A la palpation, on ne sent pas encore de défense de la paroi. La douleur est localisée à l'une ou l'autre des fosses iliaques. Cette douleur localisée se généralise bientôt.

Le toucher vaginal, ou à son défaut le toucher rectal, sera toujours pratiqué systématiquement. Tout d'abord, en effet, on pourra recueillir en chemin quelques renseignements sur la consistance du col, qui pourront être utilisés pour discuter le diagnostic étiologique. On cherchera surtout à examiner les culs-de-sac vaginaux. Tout d'abord, il faut rechercher la douleur. En pratiquant le palper bimanuel, on pourra parfois réveiller, au niveau d'une des trompes, ou en général dans la région des annexes droite ou gauche suivant le cas, une douleur parfois violente, mais toujours suffisamment marquée pour qu'on puisse préjuger de quel côté se trouve l'origine des accidents. Cependant, parfois cette douleur manque. La trompe, dans certains cas, n'est pas perçue.

Dans d'autres cas, on trouve les culs-de-sac aplatis. A leur niveau, et surtout au niveau du cul-de-sac de Douglas, le doigt peut recueillir la sensation si particulière du *froissement neigeux*, de la crépitation neigeuse, due, suivant certains, au frottement du sang sur le dôme vaginal.

En présence d'une semblable malade, il faut toujours se rappeler que les signes physiques que l'on peut percevoir sont souvent trompeurs. Il vaut mieux conserver dans son esprit l'importance de la triade symptomatique que nous avons fait ressortir au début, grâce à laquelle l'indication opératoire sera posée et l'opération immédiatement réalisée.

Lorsque le médecin est appelé à examiner la malade plus longtemps après le début des accidents, le tableau clinique s'est légèrement modifié.

Dans la forme que nous décrivons, cette transformation est rapide. Au bout de deux ou trois heures, le pouls est devenu imperceptible, les téguments de plus en plus décolorés. La soif est horrible, la respiration courte et haletante. Les extrémités sont froides; les sclérotiques décolorées. D'une voix faible, la malade se plaint à chaque instant de manquer d'air.

Il est évident que la situation, dans ce cas, est extrêmement grave. Le plus souvent, la malade succombe saignée à blanc.

Dans d'autres cas cependant, l'évolution de cette forme brutale d'inondation péritonéale peut être un peu moins rapide. La mort ne survient alors qu'au bout de deux ou trois jours. On peut penser que dans ce cas l'hémorragie a été moins rapide. Certains auteurs pensent qu'il se produit un arrêt temporaire de cette hémorragie par « ligature blanche du vaisseau qui saignait ». Ce répit n'est que transitoire. On assiste alors à la reprise de l'hémorragie qui entraîne la mort.

2° La forme progressive de l'hémorragie péritonéale débute d'une façon analogue à la précédente, mais elle aboutit à la constitution d'une hématocele enkystée.

Comme plus haut, nous retrouvons la douleur survenant tout à coup au milieu d'un état de bonne santé générale. Les douleurs cependant sont moins violentes et peuvent revêtir la forme de simples coliques.

Au bout d'un certain temps, les signes d'anémie s'installent et évoluent progressivement. Ce sont, comme plus haut, la décoloration du visage et des muqueuses, une faiblesse générale entraînant des syncopes à répétition. Si on examine l'abdomen, on trouve un minimum de signes. Au toucher vaginal, les culs-de-sac paraissent empâtés et distendus.

A partir de cette époque, la maladie va évoluer, suivant un temps variable, vers l'enkystement de l'épanchement sanguin qui s'est effectué dans le cul-de-sac de Douglas. Dans certains cas, cette évolution peut se faire sur une ou plu-

sieurs semaines; dans d'autres, sur un ou plusieurs mois.

Il vient un moment, en effet, où la malade se plaint de nouveau de douleurs. Ces douleurs siègent dans le petit bassin. D'abord légères, elles augmentent, s'exacerbent et s'irradient dans tout l'étage inférieur de l'abdomen. La palpation réveille également une douleur souvent localisée aux points ovariens.

A ce symptôme s'ajoutent parfois des signes vésicaux. Douleurs vésicales plus ou moins violentes; ténesme, envies fréquentes d'uriner. Dans certains cas, la pollakiurie peut être tellement accentuée qu'il est impossible à la malade de conserver un peu d'urine dans la vessie.

Lorsque l'épanchement sanguin enkysté vient comprimer le trigône vésical, il peut entraîner la formation d'un cul-de-sac analogue au cul-de-sac vésical des prostatiques, et pouvant déterminer de la rétention d'urine complète ou incomplète. Il est pourtant plus fréquent d'observer le ténesme vésical et la pollakiurie.

L'hématocèle enkystée peut également comprimer le rectum. Cette compression occasionne du ténesme rectal, de la difficulté de la défécation, des phénomènes douloureux sur le trajet du côlon et du cæcum.

On peut alors se faire une idée d'ensemble de cette malade déjà déprimée et affaiblie par l'hémorragie, et chez laquelle surviennent les troubles que nous avons décrits.

L'examen physique est beaucoup plus riche que dans la forme précédente.

A l'inspection, on pourra quelquefois, mais très rarement, percevoir une voussure au niveau du petit bassin.

La palpation révèle dans les flancs l'existence d'une masse à contours nets, donnant la sensation intermédiaire entre la rénitence et la fluctuation. C'est une sorte d'empâtement qu'on a comparé classiquement à la sensation qu'éprouverait le doigt enfoncé dans du carton mouillé.

Cette masse est en général facile à percevoir. Ses contours lisses et nets peuvent être dessinés, sa limite supérieure va-

riant suivant l'importance de l'épanchement. Il peut d'ailleurs se produire des poussées nouvelles d'hémorragie donnant à une augmentation de volume de la tumeur, qu'il est possible de vérifier quand on suit de près la malade.

La palpation est d'ailleurs peu pénible pour la malade, la tumeur étant douloureuse non par elle-même, mais plutôt par les compressions qu'elle exerce.

Le toucher vaginal est absolument capital chez ces malades. On trouve un col utérin abaissé qui vient presque à la rencontre du doigt. Il semble repoussé en avant vers la vessie. Les culs-de-sac latéraux du vagin bombent de chaque côté de l'utérus. Le cul-de-sac postérieur est à la fois saillant et élargi. L'utérus paraît complètement englobé dans la masse que forment les culs-de-sac encombrés par le sang. La consistance perçue par le doigt est difficile à exprimer. Ce n'est pas la mollesse. Ce n'est pas la fluctuation: On dirait, suivant la comparaison classique, que le doigt vient appuyer sur une pièce d'étoffe tendue.

L'évolution de ces accidents peut se faire d'une façon très variable suivant les cas. Parfois, on assiste à la résorption complète de l'épanchement. Plus souvent, on assiste à des poussées hémorragiques successives. L'anémie s'accroît et la fin peut survenir par affaiblissement progressif; ou bien on assiste à une dernière hémorragie foudroyante.

Il peut arriver que l'hématocèle enkystée puisse être infectée, le plus souvent par voisinage, il se forme alors une collection purulente dans le Douglas, avec ses signes physiques et ses signes généraux, ses conséquences locales et générales toujours sérieuses.

3° A côté des deux formes précédentes, il faut placer une forme d'hémorragie intrapéritonéale infiniment plus discrète. Il s'agit d'un suintement sanguin dans le péritoine aboutissant à la formation lente et progressive d'une hématocèle discrète. La symptomatologie est réduite au minimum. Des lésions de ce genre ne peuvent être que des trouvailles opératoires ou des trouvailles d'autopsie.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir épuisé la description clinique des hémorragies intrapéritonéales. Nous avons voulu simplement rappeler les grands caractères cliniques de cet accident. Nous allons voir maintenant quels sont les éléments qui, dans les observations que nous avons signalées, nous permettent de donner un tableau particulier de l'hémorragie péritonéale provenant de la rupture d'un corps jaune.

a) *Forme clinique.* — Dans l'observation I, il s'agit d'une forme relativement rapide. Les accidents évoluent en sept jours. Dans l'observation II, les accidents évoluent en trois jours. Dans l'observation III, on pose rapidement le diagnostic d'hémorragie intrapéritonéale. Cependant, les accidents n'avaient pas atteint d'emblée une gravité aussi grande que dans les deux premières observations. Dans l'observation IV, les accidents évoluent en deux ou trois jours. Dans l'observation V, l'opération a lieu le lendemain du début des accidents. Dans l'observation VI, les accidents se sont installés progressivement et l'opération n'a été pratiquée qu'après observation relativement prolongée. Enfin, dans l'observation VII, nous nous trouvons en présence d'une forme cataclysmique pure.

Il résulte des faits précédents que, d'une façon générale, l'hémorragie intrapéritonéale par rupture du corps jaune se présente sous la forme d'une grande hémorragie brutale, avec accidents généraux importants et pronostic grave.

On s'explique cela si on pense que cette hémorragie provient d'un point éminemment vasculaire et au niveau duquel, ainsi que le fait remarquer Shickelé, les vaisseaux n'ont aucune tendance à réaliser l'hémostase spontanée. D'autre part, la rupture elle-même du kyste se fait brutalement, lorsque la tension sanguine intrakystique a atteint un certain degré. C'est un véritable éclatement.

On peut concevoir cependant la possibilité d'accidents progressifs et même frustes, par suite d'un suintement sanguin à travers un kyste du corps jaune fissuré. Cependant, il faut se souvenir que le corps jaune, même kystique, n'est pas un

organe fixe. Il est au contraire un objet de modifications histologiques incessantes. Il est l'objet de phénomènes vasculaires périodiques qui menacent à chaque instant de faire éclater le kyste et d'entraîner des accidents rapides d'hémorragie intrapéritonéale.

b) *Mode de début.* — Etant donné ce que nous venons de dire, on conçoit que la plupart du temps le début soit brutal et caractérisé par des douleurs.

La malade de l'observation I se plaignait de fortes douleurs dans le ventre, douleurs qu'elle compare à celles de l'accouchement. Ces douleurs cessent, puis reparaissent trois jours après.

La malade de l'observation II a présenté seulement au début une syncope grave suivie de l'installation d'un syndrome anémique progressif.

La malade de l'observation III se plaint de douleurs généralisées dans l'abdomen et de nausées. Celle de l'observation IV a ressenti subitement une crise abdominale avec tendances syncopales et l'obligeant à s'aliter. De même, celle de l'observation V. L'observation VI montre l'apparition paroxystique de crises douloureuses pelviennes. Enfin, dans l'observation VII, il s'agit encore d'une douleur brutale en coup de poignard.

Ainsi, le début de la maladie peut être variable. Parfois, les accidents sont brutaux et la douleur abdominale est immédiatement violente. Parfois, au contraire, les douleurs sont plus discrètes et ne font pas immédiatement penser à la possibilité d'une hémorragie intrapéritonéale.

c) *Signes généraux et signes physiques.* — Ce qui domine dans toutes les observations, c'est l'importance qu'on attache aux signes généraux : la pâleur, les modifications du pouls et de la température, la décoloration des muqueuses, en un mot, le syndrome anémique suraigu ou aigu. Sauf peut-être dans l'observation VI, où les signes d'anémie se sont installés progressivement, associés à des signes de stercorémie, nous retrouvons toujours, dans les observations, la

triade symptomatique sur laquelle nous avons insisté au début de cette description clinique.

Les signes physiques sont moins réguliers et moins spécifiques. Dans l'observation I, il n'en est pas question, le diagnostic ayant été fait surtout d'après les signes généraux. Il en est de même dans l'observation II. Dans l'observation III, le ventre est un peu ballonné et l'examen évoque vaguement la possibilité d'un épanchement. Le météorisme est encore signalé dans l'observation IV, et l'auteur note d'ailleurs la discordance entre les symptômes physiques et l'importance des signes généraux. Dans l'observation V, on signale de la douleur dans la région de Mac Burney, et une défense musculaire localisée à tout le petit bassin. On a noté également des signes d'occlusion intestinale. Le toucher vaginal n'a pas donné de renseignements précis, sauf la confirmation d'un point douloureux dans la fosse iliaque droite. Dans l'observation VI, c'est encore la fosse iliaque droite qui est douloureuse, avec des annexes sensibles à gauche et un utérus complètement mobile. Enfin, dans l'observation VII, l'abdomen est dur et tendu partout, mais on ne sent aucun gâteau ni aucune masse à la palpation.

Il résulte des indications précédentes qu'on ne saurait aucunement se fier à la nature des signes physiques pour faire le diagnostic de la maladie. Peut-être même peut-on dire que cette déficience des signes physiques pourra aider dans certains cas, très rares il est vrai, à éloigner le diagnostic d'une grossesse tubaire rompue.

Retenons la douleur fréquente du côté droit dans la région de Mac Burney. Nous verrons que cette douleur peut être l'occasion d'erreur de diagnostic avec certaines formes d'appendicite chronique, et surtout d'appendicite aiguë.

DEUXIÈME PARTIE

Diagnostic.

Là, comme ailleurs, le clinicien doit successivement discuter le diagnostic positif, le diagnostic différentiel et le diagnostic étiologique.

En réalité, les deux premiers seuls ont une importance pratique puisqu'ils conduisent à l'intervention. Le diagnostic étiologique est, par contre, plein d'intérêt au point de vue théorie.

A. DIAGNOSTIC POSITIF. — Le diagnostic capital à poser est celui d'hémorragie intrapéritonéale. Les symptômes positifs de l'épanchement sanguin péritonéal ont été déjà décrits. On tiendra compte du début brusque, de la douleur violente, des grands signes généraux de l'hémorragie interne et de l'évolution soit rapide, soit progressive, de ces symptômes.

Par contre, nous l'avons vu, les signes physiques seront de peu de secours, soit parce qu'ils manquent, soit parce qu'ils sont frustes.

Le diagnostic positif ne sera vraiment difficile que dans les cas où les accidents ont évolué d'une façon suffisamment progressive pour qu'on puisse penser à l'existence d'une autre affection.

Dans tous les cas, il faudra tenir compte des antécédents présentés par les malades. Nous allons voir, en effet, qu'il est important de les interroger ou d'interroger leur entourage immédiat sur leurs antécédents gastro-intestinaux, et surtout génitaux.

B. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — L'évolution anormale des signes généraux, le caractère incomplet des signes physiques exposent le chirurgien à commettre un certain nombre d'erreurs.

Nous ne nous arrêterons pas au diagnostic d'ascite hémorragique ou non pouvant accompagner un néoplasme péri-

tonéal ou intestinal. L'étude minutieuse des symptômes, l'apparition d'un accident aigu au milieu d'un long passé abdominal ou gastro-intestinal, l'état général déjà défaillant de la malade, l'évolution même de la maladie sont autant d'éléments qui permettront d'éloigner cette hypothèse si par hasard elle se présente à l'esprit.

D'ailleurs, d'une façon générale, l'hémorragie intrapéritonéale par rupture d'un kyste du corps jaune ne pourra guère être discutée qu'avec les autres drames abdominaux.

Dans certains cas, on pourra penser à la perforation d'un ulcus stomacal ou duodénal. Cet accident peut donner lieu à un syndrome douloureux violent et à des phénomènes généraux toxiques très graves. Bien que ce genre de rupture puisse se produire chez des femmes ayant encore conservé un excellent état général, il est bien rare qu'on ne trouve pas dans leur passé toute la symptomatologie de l'ulcus gastrique ou duodénal.

La cause d'erreur peut-être la plus fréquente est l'appendicite aiguë. En pratique, ce diagnostic est porté avec une extrême fréquence.

Dans l'observation I, il n'en a pas été question. Dans l'observation II, non plus, mais Schickelé ne dit pas qu'il ait discuté ou éliminé ce diagnostic. Il en est de même dans l'observation III.

Par contre, dans l'observation IV, la malade avait eu, deux ans avant les accidents qui ont nécessité l'intervention, une première crise abdominale peu intense, pour laquelle on avait pensé à une crise appendiculaire. Au moment de la crise douloureuse qui fait l'objet de l'observation de Santy, on avait porté le diagnostic de gangrène appendiculaire avec phénomènes de diffusion péritonéale.

Dans l'observation V, du docteur Delagénère, on porte également le diagnostic d'appendicite aiguë perforante, mais avec certaines réserves tenant à la nature des phénomènes généraux.

Dans l'observation VI, il existait véritablement une poussée

d'appendicite aiguë chez une malade ayant eu déjà des signes d'appendicite chronique. C'est pour l'appendicite que l'on opère. On trouve, par surcroît, l'existence d'un corps jaune kystique.

Dans l'observation VII, le diagnostic avait été réservé.

Le clinicien peut être ainsi amené à porter le diagnostic d'appendicite, à cause des antécédents, à cause de l'aspect particulier des signes généraux, à cause de quelque anomalie du côté des signes physiques.

En ce qui concerne les antécédents, on peut se trouver parfois en présence de femmes ayant eu des crises douloureuses abdominales à plusieurs reprises, et qui localisent ces crises douloureuses au niveau de la fosse iliaque droite. Si l'on ajoute à cela l'énumération d'un certain nombre de troubles gastro-intestinaux, on voit combien il est facile de supposer l'existence chez cette malade d'une appendicite chronique ancienne, évoluant tout d'un coup sous la forme aiguë.

Les signes généraux peuvent donner le change lorsque, évoluant très peu la possibilité d'une hémorragie, ils font davantage penser à la possibilité d'une perforation. Si l'on ne trouve aucune raison de penser à une perforation d'ulcères stomacal ou duodénal, l'esprit est tout de suite orienté vers la possibilité d'une appendicite et surtout d'une appendicite perforante. Au cours de l'intervention, on a vu le docteur Delagénère obligé de modifier son incision parce qu'il tombe sur une hémorragie intrapéritonéale.

Enfin, les signes physiques et les signes fonctionnels peuvent également faire croire à l'existence d'une appendicite. On peut trouver, en effet, de la contracture au niveau des muscles du petit bassin, et cette contracture peut être prédominante du côté droit. La douleur est parfois intense au niveau du point de Mac Burney. Mais dans une de nos observations, il a bien été noté que cette douleur se trouvait située un peu plus bas que le point de Mac Burney classique. Théoriquement, lorsque la rupture du kyste se fait à droite, c'est un point douloureux ovarien ou annexiel que le palper

bimanuel met en évidence. Mais comme on sait que le point douloureux de l'appendicite peut lui-même occuper une situation anormale, on comprend la possibilité de la confusion entre les deux affections.

Nous trouvons en particulier cette erreur de diagnostic rapportée dans plusieurs observations allemandes.

C. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE. — Les discussions précédentes nous ont permis, somme toute, d'abord de poser le diagnostic d'hémorragie intrapéritonéale; en second lieu, de rattacher cette hémorragie à une lésion du système génital, après avoir éliminé les causes d'hémorragie extragénitale les plus fréquentes.

Il faut maintenant préciser quelle est la cause exacte de cette hémorragie génitale. Là, le problème se restreint mais il ne perd pas de sa difficulté.

La cause d'erreur la plus fréquente est la rupture d'une grossesse extra-utérine, en particulier d'une grossesse tubaire. Dans presque toutes les observations, nous trouvons cette hypothèse exprimée d'une façon nette, et dans d'autres cas nous sentons qu'elle demeure présente dans l'esprit du chirurgien qui opère d'urgence sans avoir affirmé son diagnostic.

Le plus souvent, on pense à la possibilité d'une grossesse tubaire rompue parce qu'on admet, depuis Lawson-Tait, que la rupture d'une grossesse tubaire est la cause la plus fréquente des hémorragies génitales.

D'autre part, on se trouve bien souvent en présence de malades dont l'état général est excellent, et on ne voit pas, au milieu de cet état florissant, à quoi attribuer une hémorragie abdomino-pelvienne aussi brutale, sinon à la rupture d'une grossesse tubaire.

Ajoutons qu'il s'agit de malades en pleine génitalité, et qu'il est naturel de penser à l'existence, chez elles, d'une grossesse.

En réalité, il est extrêmement difficile d'éliminer le diagnostic d'une grossesse tubaire rompue. C'est bien ce qui ressort du travail de M. Forssner analysé par Schickelé, et dont nous avons fait mention dans notre premier chapitre. Malgré les

exagérations de l'auteur suédois, il est certain qu'il faut étudier minutieusement une observation analogue à celle que nous avons rapportée, avant de pouvoir affirmer qu'il ne s'agit pas de la rupture d'une grossesse tubaire.

La discussion de ce diagnostic repose sur deux points :

D'abord l'étude des antécédents génitaux; en second lieu, les examens anatomo-pathologiques.

a) *Antécédents génitaux.* — Il est indispensable d'interroger minutieusement la malade, lorsque cela est possible, pour savoir : 1° si les règles n'ont pas été absentes une ou plusieurs fois avant les accidents; 2° quelle est la date qui sépare les dernières règles de l'apparition des accidents.

Dans l'observation I, les époques ont toujours été régulières. Et les dernières règles avant les accidents ont eu lieu à leur date normale.

Dans l'observation II, les époques sont régulières et, là aussi, les dernières règles qui précèdent les accidents ont eu lieu à leur date normale et avec leurs caractères habituels.

Dans l'observation III, si on laisse de côté tout ce qui se rapporte au syndrome hématologique surajouté aux accidents chirurgicaux, on voit que les règles n'ont jamais cessé de se produire à leur date normale.

Dans l'observation IV, on ne note aucune absence de règles avant les accidents.

Dans l'observation V, les antécédents génitaux n'ont pas été notés.

Dans l'observation VI, il n'existe aucune perturbation des fonctions menstruelles pouvant faire penser à une grossesse.

Dans l'observation VII, les règles ont été parfaitement normales jusqu'à l'apparition des accidents.

L'ensemble des faits précédents nous permet de dire que, la plupart du temps, lorsqu'il s'agit d'une hémorragie péritonéale par rupture d'un kyste du corps jaune, il n'y a eu aucune anomalie dans l'apparition périodique des règles. Sans doute, la persistance de la fonction menstruelle peut coïncider, dans certains cas, avec l'existence d'une grossesse extra-utérine. Mais,

le plus souvent, ces règles finissent par présenter quelques anomalies, soit dans leur durée, soit dans leur abondance, soit dans la nature et l'aspect du sang écoulé; de telle sorte qu'un observateur attentif peut soupçonner, s'il constate par ailleurs d'autres signes de grossesse, la possibilité d'une grossesse extra-utérine.

Au contraire, la malade chez laquelle va se produire une rupture du corps jaune ne présente aucune anomalie de la fonction menstruelle. Cette constatation ne saurait sans doute être considérée comme un argument positif, mais c'est tout de même une présomption importante dont il faut tenir compte.

Un second fait important à noter, c'est la date à laquelle surviennent les accidents par rapport aux dernières règles.

D'une façon générale, l'hémorragie intrapéritonéale par rupture du corps jaune se produit dix à quinze jours après l'apparition des dernières règles. Dans certains cas, les accidents ont pu coïncider avec la menstruation; dans d'autres, on trouve une hémorragie kystique sept ou huit jours après la fin de la menstruation.

Il est intéressant de rapprocher ces faits de quelques considérations physiologiques.

Les travaux d'Ansel, de Bouin, de Villemin, de Stapfer, et de bien d'autres, ont précisé la chronologie des transformations qui ont lieu au niveau de l'ovule de Graaf et du corps jaune. On trouvera, dans la thèse de Caussimon (Bordeaux, 1925), une revue générale de cette question. A l'heure actuelle, tout le monde s'accorde à penser que la ponte ovulaire se produit au milieu de la période intermenstruelle, c'est-à-dire dix ou douze jours avant l'apparition de l'hémorragie. L'hémorragie menstruelle correspond à la maturité du corps jaune. C'est donc, d'une façon générale, dix, quinze ou vingt jours après cette maturité que se produit l'hémorragie intra-abdominale.

La succession des accidents peut être exprimée de la façon suivante :

1° Le kyste se forme au moment où l'ovule de Graaf se transforme en corps jaune. A ce moment, il se produit déjà une

hémorragie intrakystique. Par la suite, cette hémorragie ne fait qu'augmenter, elle dépasse les limites de résistance du kyste, celui-ci éclate, et l'hémorragie intrapéritonéale se produit.

On comprend ainsi, grâce aux explications précédentes, l'importance qu'il y a à fixer la date qui sépare l'apparition de l'hémorragie des dernières règles.

Dans les cas où l'on intervient dans les sept ou huit jours qui suivent la menstruation, on trouve le kyste hémorragique du corps jaune en voie de formation. Dans le cas où les phénomènes vasculaires menstruels sont extrêmement violents, le kyste peut se rompre au moment même où il se forme; c'est le cas de l'observation III (Schickelé).

b) *Examens anatomo-pathologiques.* — Il est évident que le diagnostic étiologique pourra être posé au cours de la laparotomie exploratrice pratiquée d'urgence contre l'hémorragie intrapéritonéale. Le chirurgien pourra d'ailleurs recueillir, au cours de son exploration, deux sortes de documents : des documents positifs, des documents négatifs.

Lorsque le chirurgien rencontre un ovaire muni de son corps jaune kystique rompu, lorsqu'il voit encore sous ses yeux l'hémorragie se produire en ce point, il est évidemment bien armé pour repousser l'hypothèse d'une grossesse tubaire rompue. Ce sont là des documents positifs sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

Il faut remarquer cependant que beaucoup de chirurgiens ont constaté, au cours de leurs interventions, l'existence de kystes du corps jaune faisant saillie à la surface de l'ovaire. Il leur est arrivé de luxer, même par des manœuvres légères, ces kystes et de produire ainsi des hémorragies. Ainsi, dans une certaine mesure, les documents positifs dont nous parlons ne sont pas suffisants.

Pour satisfaire à la sévérité de M. Forssner, il faudrait rechercher systématiquement les débris fœtaux dans les caillots sanguins au voisinage de la trompe et dans le petit bassin. Il faudrait faire des coupes de ces caillots et rechercher s'ils ne

contiennent pas des cellules déciduales. Il faut se méfier cependant, car ces éléments, si on les recherche trop tard, sont résorbables. Lorsque le chirurgien a pratiqué systématiquement ces recherches, et qu'elles ont été infructueuses, ce sont là les documents négatifs qui lui permettent d'éliminer le diagnostic de grossesse tubaire rompue.

En résumé, la rupture des kystes du corps jaune se traduit le plus souvent par une hémorragie intrapéritonéale brutale, quelquefois par une hémorragie intrapéritonéale progressive.

Il arrive presque toujours qu'on porte le diagnostic d'hémorragie interne. Seuls les accidents qui accompagnent certaines perforations du tube gastro-intestinal (estomac, duodénum, appendice) et ceux qui traduisent plus rarement la pancréatite hémorragique peuvent être l'occasion d'erreurs de diagnostic.

On peut dire qu'il est de règle de ne pas poser le diagnostic étiologique exact. La plupart du temps, on pense à l'existence d'une grossesse extra-utérine rompue. Nous avons vu qu'il faut tenir compte, pour discuter ce diagnostic, des antécédents génitaux de la malade, et étudier spécialement sa fonction menstruelle.

Le diagnostic étiologique est généralement porté au moment de la laparotomie d'urgence imposée par les signes d'hémorragie. Encore faut-il s'entourer de toutes les recherches anatomo-pathologiques nécessaires pour éliminer d'une façon absolue l'hypothèse d'une grossesse tubaire rompue. Nous allons revenir, dans le chapitre suivant, sur les notions histophysiologiques que l'on peut recueillir de l'examen anatomo-pathologique.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous allons réunir les diverses observations que nous avons rapportées au point de vue anatomo-pathologique. Nous verrons les conclusions que nous pouvons en tirer.

OBSERVATION I. — A l'ouverture de l'abdomen, on a remarqué surtout une augmentation de volume de l'ovaire malade et l'existence de deux petits follicules en évolution et d'un corps jaune du diamètre de 14 millimètres situé dans le pôle latéral de l'ovaire.

La plaie du corps jaune se présente sous la forme d'une déchirure linéaire.

Dans ce cas, la rupture s'est faite au point le plus faible, c'est-à-dire à l'endroit où la membrane d'enveloppe du corps jaune s'amincit pour constituer la surface libre de cet organe.

Au point de vue histologique, nous nous trouvons ici à la période de vascularisation. Les éléments lutéiniques sont peu nombreux. Ce qui domine, c'est la vascularisation intense.

Les cellules lutéiniques ont été repoussées vers la cavité et contiennent, dans leur intervalle, des hématies : c'est la trace de l'hémorragie intrakystique.

L'auteur ajoute que l'hémorragie a dû se produire d'une façon très lente, au moment de la néoformation des capillaires.

OBSERVATION II. — Là encore, l'ovaire est augmenté de volume. Il s'agit d'un corps jaune volumineux qui fait saillie hors de l'ovaire et le coiffe comme un champignon. La déchirure du kyste se présente encore sous la forme d'une petite fente

de 7 à 8 millimètres. On observe un épanchement sanguin dans le tissu ovarien qui avoisine le corps jaune.

Au niveau du corps jaune lui-même, on note des signes de nécrose cellulaire. La cavité kystique est profondément désorganisée. L'hémorragie s'est produite au moment où la membrane lutéinique était arrivée pour une partie à la période d'état, et en restait encore pour le reste à la période de prolifération.

Il y a eu là, d'après Schickelé, une véritable expulsion du corps jaune à travers l'ouverture béante de la rupture folliculaire.

Cet auteur fait remarquer la fragilité toute spéciale de la cicatrice folliculaire. C'est le point faible par où se fait, en général, la rupture du kyste.

OBSERVATION III. — Corps jaune saillant sur l'ovaire, avec une petite déchirure laissant suinter du sang. Ici, la membrane lutéinique a atteint sa période d'état d'une façon normale.

Il faut noter la grosse importance des dilatations vasculaires. Cette vaso-dilatation est particulièrement bien développée sur la surface du kyste au niveau de laquelle la rupture s'est produite. On trouve des capillaires qui s'ouvrent directement dans la cavité.

OBSERVATION IV. — Le corps jaune qui fait saillie sur l'ovaire présente le volume d'une noisette. Il est rompu sur son pôle libre.

OBSERVATION V. — C'est ici que la déchirure du corps jaune atteint son maximum. C'est un véritable éclatement dans lequel on peut introduire le bout de l'index.

Là comme précédemment, la cavité est formée aux dépens de la membrane lutéinique. Cette membrane est très vascularisée par des capillaires sinusoides. La rupture, nous l'avons déjà remarqué, se produit au moment de la période de développement et de vascularisation, c'est-à-dire au cours de la transition entre le follicule de Graaf et le corps jaune proprement dit.

OBSERVATION VI. — Le corps jaune kystique est énorme. La membrane lutéinique enveloppe un caillot sanguin. A noter

l'importance des capillaires qui séparent la thèque interne de la thèque externe. Ici, la rupture ne s'est pas encore produite.

OBSERVATION .VII. — Hémorragie dans la cavité limitée par la couche lutéinique. On observe un processus hémorragique à travers les cellules lutéiniques et dans le stroma environnant.

Comme dans les observations précédentes, il s'agit d'un corps jaune de nouvelle formation.

En résumé, au point de vue macroscopique, le chirurgien se trouve toujours en présence d'un ovaire volumineux aux dépens de l'une de ses parties. En un point, on voit saillir une tumeur qui peut avoir la grosseur d'une noisette. Sur le pôle libre de cette tumeur se trouve le plus souvent une fente linéaire de 3 à 8 millimètres de long, trace de la rupture, par où l'hémorragie péritonéale se produit.

En sectionnant cette cavité kystique, on tombe sur un caillot que l'on reconnaît enveloppé par les parois d'un corps jaune augmenté de volume.

Tel est le schéma des modifications macroscopiques que le chirurgien peut constater au cours et à la suite de son intervention. Elles permettent de faire le diagnostic; mais pour se faire une idée plus exacte de ce qui se produit à l'occasion de la formation et de la rupture de ce kyste, il convient de rappeler en quelques mots l'involution histologique du corps jaune et les indications histo-pathologiques que nous avons résumées plus haut.

Lorsque l'ovisac a effectué sa déhiscence, il laisse sur l'ovaire une solution de continuité. Elle va se combler par la formation du corps jaune.

Les aspects sous lesquels on peut rencontrer le corps jaune sont les suivants :

1° On peut observer l'ectropion du corps jaune lorsqu'il fait saillie à la surface de l'ovaire. De tels corps jaunes, déjà volumineux et bien souvent kystique, ont pu être luxés par le chirurgien au cours de manipulations sur les ovaires;

2° Le *corpus luteum* ou corps jaune proprement dit;

3° Le *corpus albicans*;

4° Le *corpus fibrosum*.

Ce dernier ne représente plus qu'une cicatrice superficielle irrégulière et blanchâtre, tandis que les stades précédents correspondent à la formation progressive de cette cicatrice.

On peut distinguer au corps jaune trois stades d'évolution qui correspondent à des aspects histologiques différents :

A. *Période de formation*. — Le follicule débarrassé de l'ovule revient sur lui-même. Son orifice se rétrécit et s'oblitére bientôt. Sa paroi s'épaissit autour du caillot sanguin qui occupe le centre de la cavité. Les cellules folliculeuses demeurées dans le sac cessent de se diviser. La thèque interne se soulève en de longs bourgeons qui découpent la membrane épithéliale formée par la granuleuse. Ces bourgeons sont formés de capillaires sanguins.

Cette période correspond à ce que Novak appelle la période de prolifération ou d'hyperhémie (1).

B. *Période d'état*. — Vers le dixième jour qui suit la déhiscence de l'ovule, le corps jaune a déjà atteint 15 à 20 millimètres.

Le centre est toujours occupé par un noyau hématique. Le pourtour de cette cavité se recouvre d'une membrane épithéliale constitué par des cellules à lutéine. De cette membrane partent des bourgeons conjonctivo-vasculaires, issus de la thèque interne. Par leurs faces latérales, ces bourgeons radiaires émettent des capillaires qui fragmentent les lobes épithéliaux du corps jaune et constituent un réseau dont les mailles sont à peine plus larges que les cellules à lutéine. Par leur extrémité, les bourgeons pénètrent dans le caillot sanguin dont ils vont prendre la place.

Ce stade correspond à la période de vascularisation de Novak. Le fait histologique capital est ici la formation des capillaires. Nous avons vu que, dans la plupart des observations, on a retrouvé ces capillaires abondamment développés, et, d'autre

(1) Novak et Te Linde, *The pathological Anatomy of the corpus luteum*, Bull. Johns Hopk. Hosp. Balt. XXXIV, 289-301.

part, on a vu une zone vasculaire très importante entre la thèque interne et la thèque externe.

Il existe donc un moment intermédiaire entre l'évolution des capillaires comme nous venons de la décrire et la maturité achevée du corps jaune. C'est à cette période précise que se produit l'hémorragie.

C. *Période de régression.* — Sur ce point, nous serons bref. Le caillot sanguin est remplacé progressivement par un noyau fibreux parsemé d'éléments conjonctifs. Finalement, par une série de transformations qui n'intéressent pas directement notre sujet, le corps jaune passe à l'état de cicatrice.

Nous voyons qu'il existe à l'état normal un certain état hémorragique de la cavité du corps jaune. Il faut donc, pour que les accidents qui font l'objet de ce travail se produisent, la réunion d'un certain nombre de conditions anatomiques que nous pouvons schématiser de la façon suivante :

1° Abondance du processus de néoformation capillaire;

2° Anomalies au niveau de la paroi du corps jaune. Ces anomalies peuvent être :

a) Une transformation irrégulière des cellules à lutéine. On observe dans ce cas soit de la nécrose des cellules, soit un amincissement anormal de la membrane lutéinique au niveau du pôle libre du corps jaune, soit une désorganisation complète de cette membrane;

b) Un retard dans la cicatrisation de la déhiscence de l'ovisac, donnant une fragilité toute spéciale à cette cicatrice de néoformation généralement retardataire.

Les faits nous paraissent alors faciles à comprendre. Sous l'influence d'un traumatisme direct ou indirect, peut-être dans certains cas, et ce fait serait intéressant à préciser, sous l'influence des traumatismes et des congestions qui peuvent résulter des relations sexuelles; sous l'influence d'une vaso-dilatation physiologique quelconque un peu importante, ces capillaires néoformés, abondants et fragiles, peuvent se rompre. Il se produit alors une hémorragie progressive dans la cavité du corps jaune.

Cette hémorragie ne s'arrête pas spontanément parce que les capillaires restent béants et parce qu'aucun élément musculaire ne vient contracter leur orifice.

La pression augmente dans le corps jaune qui devient kystique. Le volume de cet organe s'accroît. Il fait saillie sur l'ovaire, devient gros comme une noisette, mais bientôt la pression devenant trop forte, la paroi du kyste se rompt. La rupture se fait au niveau du point le plus faible, c'est-à-dire au niveau de la cicatrice de l'ovisac.

C'est alors l'hémorragie péritonéale, hémorragie généralement brutale parce que les capillaires sont là, béants, et que l'orifice du kyste n'a aucune tendance à se fermer spontanément.

Au moment où l'on ouvre l'abdomen, on trouve le sang accumulé dans la cavité péritonéale, et on le voit suinter d'une façon incessante par l'orifice du corps jaune rompu.

Telle est, à notre avis, la façon dont peut se comprendre le mécanisme intime des accidents que nous avons étudiés.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

La discussion des indications opératoires et celle du pronostic sont intimement liées.

Le fait qui domine et dont le chirurgien doit seul tenir compte, sans s'attarder à de vaines discussions, c'est l'hémorragie intrapéritonéale.

Le pronostic immédiat est grave. L'indication opératoire est formelle. Il faut ouvrir l'abdomen et lier au niveau du point qui saigne.

L'intervention doit être pratiquée aussitôt que le diagnostic est posé.

Dans les cas où les accidents se produisent dans un endroit éloigné de tout secours chirurgical, en attendant que le transport soit organisé, ou en attendant l'arrivée du chirurgien, on devra mettre en œuvre tous les moyens médicaux possibles pour stimuler et relever la malade, et, si on le peut, ralentir sinon arrêter l'hémorragie.

La malade sera immédiatement couchée, la tête basse et les jambes surélevées. On pourra pratiquer des injections diverses capables d'augmenter la coagulabilité sanguine, sérum gélatiné, ou encore sérum antihémorragique de Dufour et Lehello (Anthema). On ne négligera pas les toni-cardiaques habituels, caféine, huile camphrée. On emploiera les toniques généraux, tels que les grogs, la potion de Todd. Il va sans dire que la malade sera entourée de bouillottes destinées à combattre l'abaissement de la température et le refroidissement.

Certains auteurs ont posé la question de savoir, s'il fallait employer la transfusion sanguine, à quel moment et dans quelles conditions.

Il est évident que, en dehors de tout secours chirurgical, lorsqu'on sera en présence d'un état d'anémie très grave rendant la mort imminente, le médecin doit pratiquer la transfusion sanguine soit massive, s'il possède l'instrumentation nécessaire; soit fractionnée, à la seringue, selon la méthode de P.-E. Weill, s'il ne peut faire autrement.

Cette intervention peut avoir l'avantage de rétablir la masse sanguine et d'éviter l'anémie bullaire mortelle. Ajoutons que la transfusion de sang d'un autre individu a pu, dans certains cas, augmenter le pouvoir coagulant de l'individu malade et contribuer à arrêter l'hémorragie.

Lorsque la malade peut être mise immédiatement entre les mains du chirurgien, l'usage de la transfusion peut être encore d'un bon effet, mais il ne doit jamais retarder l'intervention. La transfusion pourra être pratiquée pendant l'intervention, comme cela s'est fait au cours de la guerre chez de nombreux blessés. Elle pourra aussi être pratiquée après l'intervention, dans l'espoir de réparer les pertes sanguines occasionnées par l'hémorragie intrapéritonéale et par l'acte opératoire.

Il n'en reste pas moins que l'acte thérapeutique capital est la laparotomie exploratrice en vue de rechercher et de lier le point qui saigne.

Il est évident que l'aseptie devra être rigoureuse. L'anesthésie devra être aussi peu toxique que possible. Les malades dont il s'agit étant fortement shokées, on ne pourra guère, croyons-nous, employer la rachianesthésie. Il faudra se méfier du chloroforme employé seul à cause de son action hémolytique et hypotensive. Nous donnons notre préférence à l'anesthésie à l'éther, celle-ci ayant une tendance nette à augmenter la pression sanguine. On sera très prudent dans la distribution des doses, ces malades ayant besoin de très peu d'anesthésique pour avoir un sommeil profond.

La technique employée sera la technique générale d'une laparotomie médiane sous-ombilicale. L'abdomen étant ouvert, la malade sera placée en position de Trendelenbourg. On fera un nettoyage rapide du petit bassin encombré de caillots. On découvre la trompe, l'ovaire qui saigne, et on place une pince sur le pédicule utéro-ovarien correspondant.

On ne manquera pas de vérifier la trompe et l'ovaire du côté opposé. Ils peuvent, en effet, présenter des lésions analogues.

Le ou les pédicules liés, on pratique l'ablation des organes malades, qui seront soigneusement mis de côté pour examen anatomo-pathologique.

Certains chirurgiens, quand ils sont amenés à lier les deux pédicules et à pratiquer l'ablation des annexes des deux côtés, se contentent de cette exérèse. Ils pensent, en effet, que la malade est trop shockée pour pouvoir supporter une hystérectomie qui prolongerait l'opération d'une façon parfois dangereuse. D'autres, au contraire, n'hésitent pas à pratiquer sur-le-champ cette hystérectomie.

Les ligatures étant posées, l'exérèse étant accomplie, que faut-il faire du sang?

Pour les uns, le sang, milieu favorable au développement microbien, doit être autant que possible enlevé.

Pour d'autres, au contraire, ce sang, facilement résorbé par la séreuse péritonéale, pourra avoir en quelque sorte une véritable action opothérapique. Dans ce cas, sa conservation faciliterait le relèvement rapide de la malade.

Quelle que soit l'opinion qu'on professe sur ce point, l'abdomen sera refermé suivant la technique habituelle. Mais nous trouvons encore quelques divergences en ce qui concerne la question du drainage.

Certains chirurgiens considèrent que le drainage est une bonne précaution. Le drainage, en effet, permet au sang de s'écouler. D'autre part, si l'infection péritonéale se produit, le drainage constitue un point de dérivation tout trouvé.

D'autres chirurgiens, au contraire, estiment que le drainage,

en faisant persister une communication entre le milieu aseptique intrapéritonéal et l'air extérieur toujours plus ou moins septique, ne peut que favoriser l'infection péritonéale qu'on se propose d'éviter. Ils conseillent donc la fermeture complète sans drainage, et il semble, à l'heure actuelle, que cette conception fasse des adeptes de plus en plus nombreux.

CONCLUSIONS

I. — La plupart des hémorragies intrapéritonéales d'origine génitale sont certainement dues à la rupture d'une grossesse tubaire.

Cependant, à la suite de nombreux auteurs, il faut faire une place de plus en plus grande aux hémorragies intrapéritonéales résultant de la rupture d'un kyste hématique du corps jaune.

II. — Ces lésions du corps jaune peuvent donner lieu à des hémorragies intrapéritonéales d'allure brutale. C'est la forme la plus habituelle.

Cependant, l'hémorragie progressive, lente, par suintement, est possible.

III. — La symptomatologie de ces accidents se réduit à celle de l'hémorragie intrapéritonéale. Les signes physiques sont infidèles et variables. Les signes généraux ont une importance capitale.

IV. — Les erreurs de diagnostic le plus souvent commises se font avec la perforation d'un point quelconque du tractus gastro-intestinal ; avec l'appendicite aiguë ou suraiguë ; avec la grossesse tubaire rompue.

V. — Le diagnostic étiologique consiste à éliminer l'hypothèse d'une grossesse tubaire rompue. Cette élimination se fait en réunissant des éléments cliniques et des éléments anatomopathologiques.

a) Il faut, en effet, tenir un compte exact de la date et du nombre des menstruations qui ont précédé les accidents. On

recherchera le temps qui sépare l'apparition de l'hémorragie interne d'avec l'apparition des règles, point culminant de la maturité du corps jaune ;

b) Pour éliminer l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine, il faudra rechercher avec soin la présence des éléments fœtaux dans les caillots sanguins contenus dans la cavité abdominale.

VI. — Les kystes du corps jaune, qui donnent lieu à des hémorragies intrapéritonéales, ne dépassent guère la grosseur d'une noisette.

L'hémorragie se produit dans le kyste au moment de transition entre la période de vascularisation de la membrane lutéinique et celle de la maturité finissante du corps jaune.

L'hémorragie se produit dans le péritoine lorsque la paroi du kyste ne peut plus résister à la pression sanguine interne.

La rupture se fait au niveau de la cicatrice résultant de la déhiscence de l'ovisac.

VII. — Le seul traitement est le traitement chirurgical. Laparotomie exploratrice d'urgence. Découverte et ligature du point qui saigne. Exérèse des organes malades.

VIII. — Le pronostic immédiat, celui de l'hémorragie intrapéritonéale, est extrêmement grave. Le pronostic postopératoire est généralement bon.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. BÉGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 29 mai 1925.
Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

1907. VILLEMIN et ANCEL. — Causes de la menstruation. *C. R. Soc. biol.*, 20 juillet 1907.
1912. STAFFER. — Les vagues utéro-ovariennes. *Œuvres médico-chirurgicales*, n° 69.
1913. VIGNES. — Notes et recherches sur la menstruation. Thèse de Paris.
1916. NOVAK. — The corpus luteum. *Journ. of Am. med. Ass.*, octobre 1916.
1922. KELLER. — Étude sur les kystes du corps jaune. *Gynécologie et obstétrique*, 1922, t. V, p. 458-491.
- SPEESE. — Intra-abdominal hemorrhage from ruptured corpus luteum. *Tr. Phila. Acad. Surg.*, XXII, 73.
- WINIWARTER (DE). — Histologie du corps jaune de l'ovaire humain. *C. R. Soc. biol.*, 1922, p. 1240-1242.
- MOORE. — Intra-abdominal hemorrhage from ruptured corpus luteum. *Ann. Surg. Philadelphia*.
1923. HENRY. — Physiologie du corps jaune. *Gaz. des hôpitaux*, p. 445-477.
- NOVAK et TE LINDE. — *Bull. Johns Hopkins Hosp. Balt.*, XXXIV, p. 289-301.
- ODERMATT. — *Beitrag zur Klin. Chir. Tubing.*, CXXIX, p. 663-676.
- SANTY. — Hémorragie intrapéritonéale d'origine ovarienne chez une hémophile. Société de chirurgie de Lyon, séance du 15 novembre 1923.

1923. STRAUSS. — Hemoperitoneum from ruptured corpus luteum.
Journ. of Amer. med. Ass. Chicago, LXXX, p. 1287-1289.
— VOGT. — *Zentralbl. f. Gynæk. Leipzig*, XLVII, p. 1677-1684.
— ZACHÈRE. — *Arch. f. Gynæk. Berl.*, CXIX, 18-28.
1924. CLARK. — Hemoperitoneum from ruptured corpus luteum.
Progrès méd. Phila., II, p. 255.
— EICK. — *Zentralbl. f. Chir. Leipzig*, LI, p. 374-376.
— SCHICKÉLÉ. — Le corps jaune peut-il être la source d'une
hémorragie intrapéritonéale abondante? *Gynécologie et
obstétrique*, t. IX, n° 1.
1925. CAUSSIMON. — Thèse de Bordeaux.

